

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum


Kostenträger: IGeL Stationär
 Privat Prästationär
 GKV Sonstiges

Stationär: ja/nein Station: _____

Kopie an: _____

Eingang: E _____

	Bitte freilassen	___ R	1. _____
_____			2. _____
_____			3. _____
_____			4. _____
_____			5. _____
			6. _____
			7. _____
Datum			
Stempel und Unterschrift			



**Institut für Pathologie
Mülheim an der Ruhr**
Dr. med. Frank Oellig
 Dr. med. Jeannine Meinrath*
 Dr. med. Marlene Helwing*
 Dr. (RO) Bianca-Manuela Purdea*
 *angestellter Arzt / angestellte Ärztin

Heidestraße 75-77
 Postfach 11 01 40
 Telefon 0208 992780
 Dr.Oellig@pathologie-muelheim.de

45476 Mülheim an der Ruhr
 45434 Mülheim an der Ruhr
 Telefax 0208 9927830
 www.pathologie-muelheim.de
 Zertifiziert nach ISO 9001

Diesen Einsendeschein können Sie auch von unserer Web-Seite herunterladen.

Material:	<input type="radio"/> OP-Präparat
Diagnose:	<input type="radio"/> Probeexcision
Befunde:	<input type="radio"/> Abrasio
	<input type="radio"/> Exsudat
	<input type="radio"/> Punktionsmaterial
	<input type="radio"/> M0 <input type="radio"/> M1
	<input type="radio"/> R0 <input type="radio"/> R2

Splenomegalie: ja / nein **Hepatomegalie:** ja / nein **Zirrhose:** ja / nein **Steatose:** ja / nein

Labor vom _____

GOT: _____ Bili ges: _____ HAV IgM: _____ ANA: _____

GPT: _____ Bili direkt: _____ HAV IgG: _____ pANCA: _____

GGT: _____ CHE: _____ HBcAk: _____ AMA: _____

AP: _____ Albumin: _____ HBsAg: _____ **Diabetes mellitus:** ja / nein

LDH: _____ Quick: _____ HBsAk: _____ **Alkohol:** ja / nein

HCVak: _____

Medikamente / Noxen: